



## APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS 孕婦醫療福利申請表

本申請表僅供年齡超過十九歲有意申請醫療福利之懷孕婦女填寫。

如果你已懷孕並年齡已滿或超過十九歲，請填妥本表並寄至你本地的社會福利服務部 (DSHS) 的社區服務辦事處 (CSO)。如果你有任何疑問，請致電「健康母親、健康寶寶」(Healthy Mothers, Healthy Babies) 辦事處：

電話：1-800-322-2588  
TDD/TTY 1-800-833-6385 僅供聽障者使用

### 如果你：

- 已懷孕並年齡少於十九歲，請意電 1-800-562-3022 (TDD/TTY 1-800-848-5429 僅供聽障者使用)。
- 是一位已懷孕的成人，並且意欲申請「基本健康」(Basic Health) 計劃下的孕婦福利，請致電 1-800-660-9840。
- 未懷孕的成人，但意欲申請食物券或現金補助，請打電話至你本地的 CSO。你需要填寫一份黃色的福利申請表，表格編號是 DSHS 14-001(X)。欲獲知你本地的 CSO 話號碼，請查詢電話簿藍頁（政府機構）部份的 Washington State, Community Services Office (CSO) (華盛頓州，社區服務辦事處 (CSO)) 欄下的資料。

# 孕婦健康照顧 . . . 為你免費提供。

## 以下教你如何申請!

核對下列項目將有助你申請表之填寫：

家庭收入：你家庭所獲的任何收入。使用下列資料：

- 有顯示丈夫／妻子或所有家人收入的最近薪津存根；
- 述明工資總額（扣稅前）的雇主證明書；
- 法庭訂立之監護權協議書，如果某人獲得兒童贍養費；
- 最近三十天的自雇記錄；或
- 福利發放通知書（例如：退伍軍人津貼、勞工與工商賠償、失業金，社會安全金等福利）。

包括該孕婦的社會安全號碼

及

由持照醫療提供者（例如：醫生、護士、或檢驗人員）簽寫的懷孕證明。

請將你填妥的申請表，連同收入和懷孕證明，一併寄至你本地的社區服務辦事處 (CSO)。

目前是「基本健康」(Basic Health) 的會員並懷孕了，必須打電話 1-800-660-9840 索取一份「基本健康(Basic Health) 孕婦福利」申請表。



# APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

## 孕婦醫療福利申請表

填寫申請表前請先詳閱下列資料。

本申請表是供有醫療照顧需要的孕婦填寫的實況說明書。在我們決定是否能幫助你之前，你必須先回答所有問題。請以正楷填寫。

協助案主填寫之機構名稱：\_\_\_\_\_

1. 名		中間名縮寫		姓	
2. 你的住址		街道名	城市	州	郵遞區號
3. 郵址 (如與上不同)		街道名	城市	州	郵遞區號
4. 電話號碼 住家電話 ( )		5. 你是否在英文的講、讀或寫方面有困難？ _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
辦公電話 ( )		你是否需要一位傳譯員？(如果是，我們將經由一位傳譯員與你溝通。) _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
留言電話 ( )		你操甚麼語言？ _____			
6. 該孕婦的預產日期是 _____					
7. 該孕婦是否有一醫療情況必須立即獲得醫療照顧？ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
<b>一般資料</b>					
8. 列出你自己及每位住在你家的成員。請填寫法定姓名；不要填寫別名。如果你不知道某人的社會安全號碼，請留空白。					
姓名 (名、中間名、姓)	與你的關係	出生日期 (月／日／年)	正在申請福 利？ 是 否	屬美國公 民？ 是 否	社會安全號碼
A.	自己		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
B. 列出家中其他成員					
C.					
D.					
E.					
F.					
G.					
H.					
<b>花費</b>					
9. 你是否要支付某人在你上班時照顧你孩子（們）或依親成 人的費用？		是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	如果是，每月多少？ \$ _____		
10. 你是否要支付不住在你家中孩童的兒童贍養費？		是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	如果是，每月多少？ \$ _____		

\*如果你不是美國公民，請填妥第 3 頁 - 有關移民身份

第 1 頁

填上總收入，並非淨賺收入。如果你或你的配偶無工作，可填寫零（「0」）。

### 收入

你從工作獲得的收入		你配偶從工作獲得的收入（如果你已結婚）	
11. 雇主名稱和電話號碼		13. 雇主名稱和電話號碼	
12. 每支薪期你所賺扣稅前數額：\$ _____ <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 每兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月兩次 <input type="checkbox"/> 每月一次    每週工作時數 _____		14. 每支薪期你所賺扣稅前數額：\$ _____ <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 每兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月兩次 <input type="checkbox"/> 每月一次    每週工作時數 _____	
其它收入	數額	你每隔多久收到一次此收入？	哪一位家庭成員獲得此收入？
15. 兒童贍養費或離婚配偶生活費	\$		
16. 社會安全補助金	\$		
17. 失業福利金	\$		
18. 銀行戶口利息	\$		
19. 退伍軍人福利金	\$		
20. 勞工與工商補償金	\$		
21. 軍人津貼	\$		
22. 其它（請指明）	\$		

### 醫療資料

23. 你是否已有健康保險？ 是  否

|如果你填「是」，請列出你保險公司或雇主的名稱、保險單號碼、保險單持有人姓名及社會安全號碼。縱使你已有健康保險，你仍可符合資格領取醫療福利。

保險公司或雇主	保險單號碼	保險單持有人姓名	保險單持有人社會安全號碼

24. 在過去三個月內，你們其中任何一位是否曾接受過醫療服務，包括孕婦支援服務及／或孕婦個案管理？

是  否

### 志願性資料

我們要求你志願告訴我們你的種族或族裔背景。此資料將不會被用作考慮你福利資格的條件。

- 高加索裔     西班牙裔     黑裔     美洲原住民／阿拉斯加原住民     越南人／寮國人／柬埔寨人  
 其他亞裔或太平洋島嶼人     其他 \_\_\_\_\_

### 簽名前請先詳閱

我明白：

- 若我有任何狀況變更，我必須立即以書面或電話向社會福利服務部 (DSHS) 報告。延遲報告可能會導致不正確的福利數額。
- DSHS 或其他州或聯邦機構均有權查證我的狀況。
- 我必須提供我符合援助資格的證明。IDSHS 可協助我獲得證明，或與其他人士或機構聯絡以取得證明。
- 經申請並獲得醫療照顧福利，我授予華盛頓州政府，任何醫療援助上的所有權利，以及給與第三者的任何醫療照顧費的權利。
- 在與醫療方案之執行有直接關連的情況下，DSHS 可能會與衛生部的「兒童免疫背景追蹤系統」(Child Profile Immunization Tracking System)分享你孩子的免疫記錄。
- 我明白此表格僅為孕婦申請醫療福利而設。如果我的家人需要財務補助或食物券，我必須經由 DSHS 的社區服務辦事處申請。

### 移民身份

請為目前申請醫療福利但非屬美國公民之任何人士（留學生或旅客除外）填妥本欄。如果你有合法的移民身份，請附上證明文件前後兩面的影印本。你不必為目前沒有申請福利的家庭成員提交移民身份證明。

申請醫療照顧人士姓名	你是否一位美國公民？	如果非屬美國公民	
		你是否已獲得可證明你身份的文件？	如果有，列出抵達美國之日期
名 姓	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
名 姓	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
名 姓	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
名 姓	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
名 姓	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

### 宣誓和簽名

我已詳讀並明白此申請表上的資料。在偽證必受罰的情況下，我聲明我在此申請表上填寫的資料，在我所知曉的範圍內，均屬真實、正確和完全。

申請人簽名

日期

所有由社會福利服務部管理之方案及活動均嚴禁歧視。無人會由於其種族、膚色、信條、政治信念、原國籍、宗教、年齡、性別或殘障等原因而在任何方案及活動上受到歧視。